

**Αίτηση Οικονομικής Αρωγής**  
(Η αίτηση πρέπει να είναι **ΠΛΗΡΩΣ** συμπληρωμένη)

Ημερομηνία Αίτησης: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Στοιχεία ασθενούς:

Επίθετο: \_\_\_\_\_ Όνομα \_\_\_\_\_ Αρχικό μέσου ονόματος \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ΑΜΚΑ: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Διαμ. # \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο οικίας# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Άλλο τηλέφωνο# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Εξαρτώμενα Μέλη:**

	<b>Όνομα</b>	<b>Ημερομηνία Γέννησης</b>	<b>Συγγένεια με τον ασθενή</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Πληροφορίες εισοδήματος:**

<b>Εισόδημα</b>	<b>Ασθενή</b>	<b>Συζύγου</b>
Εργοδότης		
Μικτές αποδοχές		
Διατροφή τέκνου/συζύγου		
Σύνταξη		
Επίδομα Ανεργίας		
Επιδόματα Κοινωνικής Ασφάλισης		
Έσοδα από μισθώματα		
Άλλα έσοδα		
Κουπόνια τροφίμων		
<b>Συνολικό Εισόδημα</b>		

Παρακαλείσθε όπως προσκομίσετε αντίγραφα των διαθέσιμων δικαιολογητικών στην επισυναπτόμενη λίστα των Εντύπων Επιβεβαίωσης και Απόδειξης. Οι ασθενείς καλούνται να προσκομίσουν τις εν λόγω πληροφορίες εντός 15 ημερών από την παραλαβή της αίτησης. Όλες οι πληροφορίες που παρέχονται γραπτώς, προφορικώς ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο και αφορούν στην παρούσα αίτηση είναι εμπιστευτικές. Εάν έχετε απορίες ή σε περίπτωση που χρειάζεσθε περαιτέρω βοήθεια επικοινωνήστε με έναν Σύμβουλο Οικονομικής Βοήθειας στο +(203) 276-7515 or (203)276-4831 στο Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών.

Επιπλέον πληροφορίες που ο/η αιτών/ούσα θα ήθελε να ληφθούν υπόψη:

---

---

---

Δια της παρούσης αιτούμαι οικονομικής βοήθειας από το Νοσοκομείο Στάμφορντ [Stamford Hospital], συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε κονδύλια νοσοκομειακής κλίνης τα οποία ενδέχεται να είναι διαθέσιμα και τα οποία ενδεχομένως να δικαιούμαι. Αποδέχομαι πως τα στοιχεία που κατέθεσα θα ελεγχθούν προς επιβεβαίωση από το Νοσοκομείο Στάμφορντ [Stamford Hospital]. Πιστοποιώ πως οι παραπάνω πληροφορίες είναι ορθές και αληθείς. Γνωρίζω πως ενδεχομένως να κληθώ να κάνω αίτηση για κρατική βοήθεια, εφόσον το δικαιούμαι.

Υπογραφή αιτούντα: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Παρακαλώ σημειώστε πως σε περίπτωση που δεν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση και δεν προσκομίσετε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται εντός του προκαθορισμένου χρονικού διαστήματος, η διεκπεραίωση της αίτησής σας ενδέχεται να καθυστερήσει και να έχει σαν αποτέλεσμα να κριθείτε ως μη δικαιούχος της οικονομικής βοήθειας.

-----

**ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Κ#: \_\_\_\_\_

Αρ. Μελών Οικογένειας# \_\_\_\_\_

Εγκεκριμένο Επίπεδο Οικονομικής Βοήθειας: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

Εγκεκριμένο ΠΟΒ: Από: \_\_\_\_\_ Έως: \_\_\_\_\_

Εγκεκριμένος Προγεννητικός: Από: \_\_\_\_\_ Έως: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Απόρριψης: \_\_\_\_\_

Αιτία Απόρριψης: \_\_\_\_\_

Από ΟΤ: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Έντυπα Επιβεβαίωσης και Αποδεικτικά Έντυπα**

Παρακαλείσθε όπως προσκομίσετε τα σχετικά έγγραφα που αναφέρονται παρακάτω για αιτούντα/σύζυγο ή σύντροφο και παιδιά (σε περίπτωση που ο αιτών είναι ανήλικος προσκομίστε των γονέων) προς τον Σύμβουλο Οικονομικής Αρωγής που σας ανατέθηκε ή προς το Τμήμα Οικονομικών Υποθέσεων Ασθενών.

**ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΟΠΩΣ ΜΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΓΓΡΑΦΩΝ****Ασφάλιση:**

Υγείας  ΝΑΙ ή  ΟΧΙ Υπαιτιότητα  ΝΑΙ ή  ΟΧΙ  
Απόζ. Εργ/ομένων  ΝΑΙ ή  ΟΧΙ Τροχαίο  ΝΑΙ ή  ΟΧΙ  
Έχετε κάνει αίτηση για ασφ. κάλυψη στην Αξες Χελθ ΚΤ [Access Health CT]  ΝΑΙ ή  ΟΧΙ

**\*ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΖΗΤΟΥΝΤΑΙ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ, ΣΥΝΤΡΟΦΟ, ΕΤΕΡΟ ΗΜΙΣΥ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ.****Ομοσπονδιακά και Κρατικά Επιδόματα:**

- Επιστολή Απόρριψης Αιτήματος από το Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Κουπόνια τροφίμων/Επιστολή Βοήθειας σε Μετρητά
- Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών Ιατρικής (Μέντικειντ) [Medicaid] κάλυψης
- Επιστολή Επιδόματος Κοινωνικής Ασφάλισης

**Στοιχεία Ταυτότητας:**

- Ταυτότητα / Άδεια οδήγησης/ Διαβατήριο / Άδεια Μόνιμης Διαμονής
- Αποδεικτικό Τρέχουσας Διεύθυνσης (λογαριασμοί ΔΕΚΟ, καλωδιακής, τηλεφώνου)
- Πιστοποιητικό Γέννησης Παιδιού

**Εισόδημα: μισθός, αποδοχές, πουρμπουάρ και μερίσματα**

- Τελευταίο εκκαθαριστικό εφορίας και έντυπο W-2 ή 1099
- Τελευταία Αποκόμματα Μισθοδοσίας (4 εάν πληρώνετε με την εβδομάδα / 2 εάν πληρώνετε κάθε 15 ημέρες και 2 εάν πληρώνετε μία φορά το μήνα)
- Επικυρωμένη επιστολή από τον εργοδότη ή από εσάς τον ίδιο
- Ιστορικό καταβολής επιδόματος ανεργίας (εφόσον λαμβάνετε επίδομα ανεργίας)
- Σε περίπτωση που είστε άνεργος παρακαλώ προσκομίστε επικυρωμένη επιστολή όπου θα αναφέρεται ο τρόπος που συντηρήστε οικονομικά.
- Διατροφή συζύγου και τέκνου (Απόφαση δικαστηρίου ή επικυρωμένη επιστολή στην οποία θα αναφέρεται το ποσόν που λαμβάνετε)

**Στοιχεία κατοικίας:**

- Απόδειξη μισθώματος / Δήλωση Υποθήκης ή Μίσθωσης
- Επικυρωμένη δήλωση από εκμισθωτή ή από εσάς (με το ποσόν που καταβάλλετε ως μίσθωμα κάθε μήνα)
- Βεβαίωση από Μονάδα Αστεγών